

傷病手当金支給申請書(医療機関記入用)

|   |                         |         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |           |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |
|---|-------------------------|---------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-------|-----------|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|--|--|--|--|--|
| 医療機関担当者が意見を記入するところ                          | 患者氏名                    |         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |           |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |
|   | 傷病名                     |         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |           | 初診日     | 年 月 日  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |
|   | 発病年月日                   | 年 月 日   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |           | 発病の原因   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |
|   | 労務不能と認められた期間            | 年 月 日から |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |           |         | 療養費用の種別  | <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 公費( )<br><input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他 |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |
|   |                         | 年 月 日まで |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |           |         |  | 転帰   | <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止<br><input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医 |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |
|   | うち、入院期間                 | 年 月 日から |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |           | 療養費用の種別 | <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 公費( )<br><input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |
|   |                         | 年 月 日まで |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |           |         | 転帰   | <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止<br><input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医     |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |
|   | 診療日及び入院していた日を○で囲んでください。 | 年 月     | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 | 11 | 12 | 13    | 14        | 15      |  | 診療<br>実日数  | 日  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |
|   |                         |         | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28    | 29        | 30      | 31   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |
|   |                         | 年 月     | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 | 11 | 12 | 13    | 14        | 15      | 診療<br>実日数  | 日  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |
|   |                         | 16      | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29    | 30        | 31      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |
| 年 月   | 1                       | 2       | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15    | 診療<br>実日数 | 日       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |
|   |                         | 16      | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29    | 30        | 31      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |
| 上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく) |                         |         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |           |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |
|   |                         |         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 手術年月日 | 年 月 日     |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |
|   |                         |         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 退院年月日 | 年 月 日     |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |
| 症状経過から見て従来職種について労務不能と認められた医学的な所見            |                         |         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |           |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |
|   |                         |         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |           |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |
| 上記のとおり相違ありません。                              |                         |         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |           |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 令和 年 月 日   |  |  |  |  |  |
| 医療機関の所在地                                    |                         |         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |           |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |
| 医療機関の名称                                     |                         |         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |           |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |
| 医師の氏名                                       |                         |         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |           |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 電話番号 ( ) — |  |  |  |  |  |